

# Unfall-Anzeige

Datum der Abgabe: \_\_\_\_\_  
vom Mitglied bzw. gesetzlichen Vertreter auszufüllen

Wir bitten Sie, alle zutreffenden Fragen genau und vollständig zu beantworten (keine Striche!) und uns die Unfall-Anzeige umgehend zuzustellen. Bei Leistungspflicht Dritter ist die Krankenversicherung erst in zweiter Linie leistungspflichtig.

## Verunfallte Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_  
Name und Adresse des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_  
Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Tage je Woche \_\_\_\_\_ Stunden je Woche  
Wenn arbeitslos:  
Wann und bei wem haben Sie letztmals gearbeitet? \_\_\_\_\_  
Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche?  weniger als 8 Stunden  8 Stunden und mehr  
Bezogen Sie seither Taggeld der Arbeitslosenversicherung?  ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 nein

## Unfallhergang

Unfalldatum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Genaue Beschreibung des Unfallhergangs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall:  ja  nein  
Name und Adresse derselben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Name/Adresse deren Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_  
Zeugen: \_\_\_\_\_  
Wurde ein Polizeirapport erstellt? (Wenn ja – Kopie beilegen)  ja  nein Von welcher Amtsstelle? \_\_\_\_\_  
Bei Sportunfall Name des Vereins: \_\_\_\_\_

## Verletzungen

Art der Verletzungen  
(genaue Bezeichnung, Körperteil, Zahn usw.)? \_\_\_\_\_  
Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_  
Erstbehandelnder Arzt/Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Weiterbehandlung durch: \_\_\_\_\_  
Sind Sie arbeitsunfähig:  ja  nein 100% ab: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % ab: \_\_\_\_\_

**bitte wenden**

Durch welche der nachstehend aufgeführten Versicherungen sind Sie obligatorisch und/oder zusätzlich gegen Unfall versichert und in welchem Umfang? Bitte Zutreffendes genau ausfüllen. Besteht keine Unfallversicherung, ist in jedem Fall «nein» anzukreuzen.

Versicherung	Versicherungsträger	Heilungskostendeckung, z.B. voll oder in Ergänzung zur KK	Sind Sie gegen Lohnausfall versichert?
Obligatorische Unfallversicherung des Arbeitgebers <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Zusatz-/Ergänzungsversicherung zur oblig. Unfallversicherung des Arbeitgebers <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Private Unfallversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Haben Sie ein Schadenabkommen getroffen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Erhalten Sie eine Rente der eidg. Invalidenversicherung, der SUVA, UVG, MV oder Privatversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

### Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

	Von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
Art (z.B. Velo, Mofa, Auto) Polizeinummer:		
Halter (Eigentümer): Name, Adresse, Telefonnummer:		
Lenker: Name, Adresse, Telefonnummer:		
Haftpflichtversicherung:		
Insassenversicherung:		

Der/die Unterzeichnete erklärt, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben und ermächtigt die Krankenversicherung zur Einsichtnahme sämtlicher, den Unfall betreffenden Akten (z.B. medizinische Unterlagen, Akten der SUVA, der MV und des privaten Unfallversicherers).

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_